

REUNION PLURIDISCIPLINAIRE D'ENDOMETRIOSE SUD-OUEST

Date RCP :

Médecin réalisant la demande : Dr

Médecins présents :

Patiente :, née le .../.../.....

ANTECEDENTS :

Médicaux :

Poids :

Taille :

IMC :

Chirurgicaux :

Gynéco-obstétricaux :

G:

P:

INFERTILITE:

Oui :

Non :

Primaire:

Secondaire:

Durée:

Evaluation réserve ovarienne :

AMH en ng/l:

CFA:

Spermogramme :

Normal :

anormal :

Autres :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

EXAMEN CLINIQUE :

Dysménorrhées :

Oui

Non :

EVA :

Malaises :

Absentéisme :

Douleurs chroniques :

Oui :

Non :

Dyspareunies :

Oui :

Non :

Arrêts des rapports :

Signes fonctionnels digestifs :

Oui

Non

Diarrhées/constipation :

Ballonnements :

Dyschésies :

rectorragies :

Signes fonctionnels urinaires :



Oui :

Non :

Dysurie :

Hématurie :

Autres :

Speculum :

TV :

IMAGERIE :

Echographie:

IRM :

Autres examens :

TRAITEMENT MEDICAL :

Oui :

Non :

Lequel :

AVIS STAFF:

Motif de la demande:

Relecture IRM :

CONCLUSION AVIS :

